

**NONVERBAALI VUOROVAIKUTUS PERHEISSÄ, JOISSA
VANHEMPI SAIRASTAA PSYKOOSIA VERRATTUNA TERVEISIIN
PERHEISIIN**

LK Leea Oikarainen
LK Hilla Sivula (ent. Ruokokoski)
Syventävien opintojen kirjallinen työ
Tampereen yliopisto
Lääketieteen yksikkö
Toukokuu 2014

Tampereen yliopisto

Lääketieteen yksikkö

OIKARAINEN LEEA & SIVULA HILLA: NONVERBAALI VUOROVAIKUTUS PERHEISSÄ,
JOISSA VANHEMPI SAIRASTAA PSYKOOSIA VERRATTUNA TERVEISIIN PERHEISIIN

Kirjallinen työ, 27 s.

Ohjaajat: kliininen opettaja Elina Haapaniemi, dosentti Klaus Lehtinen

Toukokuu 2014

Avainsanat: kommunikaatio, lapsiperheet, perhelääketiede, sanaton viestintä, mielen teoria,
Grounded Theory

Psykoosisairauden on todettu ilmenevän muun muassa potilaan sanattomassa viestinnässä. Oletimme, että sairaus näkyy myös potilaan perheen vuorovaikutuksessa ja ilmenee nonverbaalillakin tasolla. Aiempia tutkimuksia aiheesta on tehty varsin vähän, mutta tehdyt tutkimukset antavat viitteitä perheen vuorovaikutuksen poikkeavuudesta.

Tutkimusaineistomme koostui 30 videosta, joihin on kuvattu perhetilanteita perheissä, joissa toinen vanhemmista sairastaa psykoosia (15 videota) sekä terveissä verrokkiperheissä (15 videota). Katsoimme videoita ilman ääntä ja jaottelimme sanattomasta viestinnästä saamamme kokonaisvaikutelman perusteella perheet joko tutkimus- tai verrokkiryhmään kuuluviksi. Tarkistimme tulokset aineiston tuntevalta ohjaajaltamme ja vertasimme niitä keskenämme. Sivula sijoitti oikein 30 perheestä 24 (80%) ja Oikarainen 28 (93%). Tutkimusperheitä vahvimmin määritteleviä piirteitä olivat perheenjäsenen sijoittuminen fyysisesti etäälle toisistaan, yhteisten naurujen ja hymyjen vähyys sekä katsekontaktin puuttuminen perheenjäsenen väliltä. Verrokkiperheissä perheenjäsenet sijoittuvat fyysisesti lähelle toisiaan ja vuorovaikutuksesta välittyi hyväksyntä sekä yhteenkuuluvuus.

Osuvuutemme tutkimuksessa oli varsin hyvä. Ainoastaan nonverbaaleja vihjeitä arvioimalla voi siis havaita perheensisäisen vuorovaikutuksen poikkeavuutta ja usein epämääräisiinkin vihjeisiin perustuva havainnointi on luotettava työväline. Tätä työkalua lääkäri voi helposti hyödyntää jokapäiväisessä työssä potilaiden parhaaksi.

Sisällysluettelo

1. Johdanto	4
Tarkoitus ja tavoitteet	8
2. Tutkimusmetodi	8
2.1. Aineisto	8
2.2. Menetelmät	9
2.3. Grounded theory tutkimusmenetelmänä	10
3. Tulokset	11
Väärin luokitellut perheet	15
4. Pohdintaa	17
Väärin luokitellut perheet	22
5. Yhteenveto	23
6. Lähteet	25

1. Johdanto

Nonverbaalilla eli sanattomalla viestinnällä (ilmeet, eleet, asennot, liikkeet, äänensävy jne.) on tärkeä rooli vuorovaikutuksessamme. Kyky tähän kommunikoinnin muotoon kehittyy varhaisessa lapsuudessa vuorovaikutuksessa toisten kanssa (Hill 1974). Niinpä vanhempien nonverbaali kommunikointi vaikuttaa lapsen sanattoman viestinnän kehittymiseen. Oveis, Gruber, Keltner, Stamper & Boyce (2009) totesivat tutkimuksessaan, että lasten lämpimät hymyt ja negatiiviset kasvojen ilmeet muistuttivat heidän vanhempiansa vastaavia ilmeitä.

Psyykkisissä sairauksissa myös nonverbaali kommunikointi häiriintyy. Potilaan liikkeet voivat vähentyä ja hidastua, potilas voi muuttua tokkuraiseksi tai jähmettyä täysin. Toisaalta potilaalla voi esiintyä tahdosta riippumattomia lihasnykinöitä tai laajempia liikkeitä. Psyykkinen sairaus voi myös köyhdyttää ilmeitä tai muuttaa katsekontaktin poikkeavaksi. Psykoosisairauksissa sanattoman viestinnän vuorovaikutteisuus vähenee. Myös lääkitys vaikuttaa nonverbaaliin käyttäytymiseemme. Potilaan liikkeistä voi tulla jäykkiä ja hidastuneita, vilkastuneita tai tarkoituksettomia. (Hill 1974.)

Paitsi itse viestiminen, myös viestin vastaanottamisen onnistuminen on kommunikaation onnistumisen edellytys. Tutkijat Wallace, Nelson, Liberman ym. (1980) loivat sosiaalisen käyttäytymisen onnistumisen mallin, jossa he jakoivat viestijässä tapahtuvan prosessin kolmeen osaan: viestin vastaanottamiseen, käsittelyyn ja lähettämiseen. Tapahtumaketjun ensimmäisessä vaiheessa viestijän on kyettävä ymmärtämään sanallisen sisällön lisäksi myös tilanteessa viestin kannalta merkittävät muut muuttujat. Näitä ovat esimerkiksi edelliset viestit, toisen viestijän ominaisuudet ja tilanteeseen liittyvät tunnetilat ja tavoitteet. Toisessa vaiheessa viestijä määrittää omat tavoitteensa viestille, luo vaihtoehtoisia vastauksia ja arvioi niiden seuraukset sekä lopuksi valitsee vastauksen, jota pitää parhaimpana. Kolmannessa vaiheessa hän muokkaa lähtevää viestiä non-verbaalisilla vihjeillä, kuten katsekontaktilla, äänen sävyllä, ilmeillä ja eleillä tai vastauksen viiveellä. Toimiva viestintä onnistuu, kun näiden vaiheiden seurauksena syntyy sosiaalisesti mielekäs vaste. (Wallace ym. 1980.)

Jotta edellä mainittu tapahtumaketju voisi onnistua, tulee viestijällä olla kykyä ymmärtää toisen viestijän erillisyyden eli se, että tällä toisella ihmisellä on viestijästä riippumaton oma psyyke ajatuksineen, mielihaluineen ja uskomuksineen. Tästä 4–5 vuoden iässä kehittyvästä ymmärryksestä käytetään nimitystä mielen teoria ja sitä pidetään keskeisenä sosiaalisessa kanssakäymisessä (Wellman, Cross & Watson 2001, Yagmurlu, Berument & Celimli 2005).

Yagmurlu ym. tutkivat turkkilaisessa orpokodissa kasvaneiden lasten suoriutumista mielen teoriaa mittaavista tehtävistä. Orpokodissa lapsilla oli paljon ikätoverikontakteja, mutta hyvin vähän vuorovaikutusta aikuisten kanssa. Mielen teoriaa mittaavista tehtävistä he suoriutuivat vanhempien kanssa kasvaneita ikätovereitaan huonommin. Tutkimus tukee ajatusta siitä, että aikuisen ja lapsen välisellä vuorovaikutuksella on suuri merkitys mielen teorian kehittymiselle. (Yagmurlu ym. 2005.)

Mielen teoriaa mittaavia tehtäviä on monenlaisia, mutta pääperiaatteet niissä ovat samanlaisia keskenään. Yksi käytetyimmistä tehtävämalleista on harhakuvitelma-malli. Tehtävissä tutkittavilta edellytetään kykyä ymmärtää, että jollakulla voi olla tilanteesta erilainen käsitys kuin mitä todellisuus on. (Sprong, Schothorst, Vos, Hox & Engeland 2007.) Mainittakoon tästä esimerkkinä tutkijoiden Janssen, Krabbendam, Jolles & van Os (2003) tutkimuksessa käytetty tehtävä. Tutkittaville kerrottiin seuraavanlainen tarina: Johnilla on viisi tupakkaa askissa. Hän jättää askin pöydälle ja lähtee huoneesta. Janet tulee huoneeseen ja ottaa yhden tupakan askista. Tutkittavilta kysyttiin: kun John tulee takaisin, montako tupakkaa hän ajattelee olevan jäljellä? (Janssen ym. 2003.) Toinen käytetty tehtävämalli on aie-päätely – tehtävä, jossa tutkittavan täytyy päätellä henkilöhahmon aikomuksia lyhyen tarinan sisältämän informaation perusteella (Sprong ym. 2007).

Mielen teorian tutkimuksissa on käytetty paljon myös epäsuoran puheen (esim. ironia, pilailu, vihjailut) ymmärrystä mittaavia tehtäviä (Sprong ym. 2007). Janssenin ym. tutkimuksessa tutkittaville kerrottiin seuraavanlainen tarina: Melissa menee kylpyhuoneeseen, jossa Anne on juuri ollut kylvyssä. Melissa huomaa, että kylpyamme on likainen. Hän huutaa yläkertaan Annelle: ”Etkö löytänyt pesuainetta, Anne?” Tämän tarinan jälkeen tutkittavilta kysyttiin: Mitä Melissa oikeasti tarkoittaa näin sanoessaan? (Janssen ym. 2003.)

Skitsofreniapotilaiden suoriutuminen mielen teorian tehtävistä on normaalia selvästi heikompaa (Drury, Robinson & Birchwood 1998, Harrington, Herold, Tenyi, Lenard & Trixler 2002, Janssen ym. 2003, Siegert & McClure 2005, Sprong ym. 2007, Martin, Robinson, Dzafic, Reutens & Mowry 2014). Tämä heikkous ei selity potilaiden heikommilla kognitiivisilla taidoilla (Harrington ym. 2005). Kun eri potilasryhmien suoriutumista mielen teorian tehtävistä on verrattu keskenään, on huomattu skitsofreenikkojen suoriutuvan selvästi muita psykiatrisia potilaita huonommin (Drury ym. 1998, Harrington ym. 2005). Sairastamisajalla ei näyttäisi olevan merkitystä: sekä vasta skitsofreniaan sairastuneilla että jo remissiossa olevilla potilailla mielen teoria on selvästi puutteellinen (Herold ym. 2002, Harrington ym. 2005, Martin ym. 2014). Useassa tutkimuksessa on havaittu, että myös skitsofreniapotilaiden ensimmäisen asteen sukulaiset pärjäävät mielen teorian tehtävissä verrokkeja huonommin, joskin skitsofreniapotilaita paremmin. Selityksen on ajateltu

olevan geneettinen ja liittyvän skitsofrenian sairastumisalttiuteen. (Janssen ym. 2003, Sprong ym. 2007, Martin ym. 2014.)

Myös kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön liittyy mielen teorian heikkous. Wolfin, Brünen ja Assionin (2010) tutkimuksessa tämä heikkous näkyi paitsi sekä mania- että depressiovaiheen potilailla myös remissiossa olevilla. Kerr, Dunbar ja Bentall (2003) eivät havainneet mielen teorian heikkoutta remissiossa olevilla potilailla, mutta sekä masennus- että maniavaiheen potilaat pärjäsivät tehtävissä selvästi terveitä verrokkeja huonommin. Nämä puutteet mielen teoriassa ovat omalta osaltaan tekemässä skitsofreniaa ja kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavien henkilöiden vuorovaikutuksesta poikkeavaa. Oletamme tämän näkyvän potilaiden nonverbaalisissa viestinnässä.

Aiemmin totesimme, että psykoosipotilaiden nonverbaalinen viestintä on poikkeavaa.

Tutkimuksissa on todettu ainakin skitsofreniapotilaiden myös tulkitsevan toisten nonverbaalisia viestejä virheellisesti. Skitsofreniapotilaiden on muun muassa todettu havaitsevan kasvojen ilmeiden ja äänensävyjen sisältämiä tunnesävyjä normaalia heikommin (Hooker & Park 2002, Chan, Li, Cheung & Gong 2010). Kington, Jones, Watt, Hopkin ja Williams (2000) näyttivät skitsofreniapotilaille kuvia, joissa näkyi tiettyä tunnetilaa näyttelevän henkilön silmät. Potilaat tunnistivat silmien tunnesisältöä selvästi verrokkeja huonommin (Kington ym. 2000).

Skitsofreniapotilailla on myös taipumusta ajatella toisten katseen kohdistuvan heihin, vaikka katse olisikin suunnattu toisaalle (Hooker & Park 2005). Buccin, Startupin, Wynnin, Bakerin ja Lewinin (2008) tutkimuksessa akuutisti psykoottisille potilaille näytettiin videonauhoja, joissa näyttelijä teki liikkeen, jolla on tunnetusti viestinnällinen tarkoitus (esimerkiksi vilkutus) tai epähuomiossa tehdyn liikkeen ilman tarkoituksellista viestiä (kuten hiusten huiskautus pois silmiltä). Potilaat tulkitsivat herkästi myös jälkimmäiset liikkeet kommunikatiivisiksi (Bucci ym. 2008).

Monti ja Fingeret (1987) arvioivat psykiatristen potilaiden vuorovaikutustaitoja kokonaisvaltaisemmin. Tutkimushenkilöt jaettiin kolmeen ryhmään: skitsofreenikot, muut psykiatriset potilaat (maanis-depressiiviset, yleistynyttä ahdistuneisuushäiriötä sairastavat ja päihteiden väärinkäyttäjät) sekä terveet verrokkit. Tutkittaville näytettiin videoita, joissa näyttelijä esitti jonkin viestin erilaisten visuaalisten ja äänellisten vihjeiden avulla. Videot nähtyään heidän piti valita kahdesta vaihtoehdosta se, joka kuvasi näyteltyä viestiä paremmin. Tutkimuksen toisessa vaiheessa tutkittaville näytettiin videolta vuorovaikutustilanteita, joissa vuorovaikutus oli joko sosiaalisesti taidokasta tai taitamatonta. Tehtävänä oli arvioida, miten taidokasta vuorovaikutus oli. Tutkittavien omaa sosiaalista kyvykkyyttä arvioitiin lavastamalla vuorovaikutustilanteita, joihin heidän piti itsekkin osallistua. Tilanteet videoitiin ja tutkittavien vuorovaikutusta arvioitiin.

Skitsofreniapotilaat selvisivät näistä kaikista muita huonommin. Muut psykiatriset potilaat pärjäsivät skitsofreenikkoja paremmin, mutta verrokkeja huonommin. (Monti & Fingeret 1987.)

Pyrimme tutkimuksessamme vastaamaan kysymykseen, onko psykoosisairaudella vaikutusta perheen sisäiseen sanattomaan vuorovaikutukseen. Perustavanlaatuista tutkimusta psykoosisairauden ja perheen vuorovaikutuksen yhteyksistä tekivät jo 60-luvulta lähtien mm. Margaret Singer ja Lyman Wynne. He havaitsivat, että skitsofreniaa sairastavien nuorten aikuisten perheissä vuorovaikutusta luonnehtivat muun muassa sen hajanaisuus ja irrationaalisuus; ongelmanratkaisutilanteissa pyrkiminen yhteiseen päämäärään oli normaalia vaikeampaa ja viestinnässä havaittiin vähemmän suoria ja selkeitä, johonkin ratkaisuun tähtääviä piirteitä. Tästä ilmiöstä Wynne käytti termiä *communication deviance*, poikkeava, selkeyttä vailla oleva viestintä. (esim. Miklowitz & Tompson 2008, Carr 2012, Goldenberg & Goldenberg 2012.) Näissä tutkimuksissa tosin kommunikaation poikkeavuutta pidettiin syynä ja perheenjäsenen sairautta seurauksena, kun taas omassa tutkimuksessamme pohdimme syy-yhteyttä toiseen suuntaan.

Muita aiempia tutkimuksia aiheesta löysimme vain muutamia. Hall ja Levin (1980) analysoivat äänensävyjä perheenjäsenten välisessä keskustelussa normaaleissa perheissä sekä perheissä, joissa lapsi sairasti skitsofreniaa. Skitsofreniaperheiden ja verrokkien välillä ei äänensävyn perusteella ollut eroa. (Hall & Levin 1980.) Skitsofreniapotilaiden ensimmäisen asteen sukulaisten on kuitenkin todettu havaitsevan muita huonommin nonverbaalisia sosiaalis-emotionaalisia vihjeitä (Toomey, Seidman, Lyons, Faraone & Tsuang 1999).

Kahdessa tutkimuksessa videoitiin skitsofreniapotilaiden ja heidän perheenjäsentensä välistä keskustelua ja analysoitiin perheen vuorovaikutusta. Perheenjäsenet jaoteltiin tunneilmaisunsa perusteella ryhmiin ilmeikkäät (ylitunteikkaat, kriittiset) tai ilmeettömät. Kriittisen ryhmän jäsenet olivat sekä sanalliselta että sanattomalta vuorovaikutukseltaan muita ryhmiä selvästi negatiivisempia. Potilaat osoittivat ilmeikkäiden perheenjäsenten kanssa keskustellessaan selvästi enemmän vihamielistä, negatiivista nonverbaalia viestintää. (Hahlweg, Goldstein & Nuechterlein 1989, Woo, Goldstein & Nuechterlein 1997.) Perheenjäsenten käytös siis vaikuttaa potilaan osoittamaan nonverbaaliin kommunikaatioon ja päinvastoin.

Aiemmissa perheen vuorovaikutustutkimuksissa psykoosia sairastava potilas on ollut pääsääntöisesti perheen lapsi tai sisarus (Hall & Levin 1980, Hahlweg ym. 1989, Woo ym. 1997, Toomey ym. 1999). Tässä tutkimuksessa pyrimme vastaamaan kysymykseen, onko psykoosilla vaikutusta perheen kommunikaatioon, kun potilaana on jompikumpi vanhemmista ja ilmeneekö se nonverbaalin vuorovaikutuksen tasolla. Suunnitelmassa oli lähestyä aihetta laajasti keskittymättä

yksittäisiin nonverbaalin kommunikaation osa-alueisiin vaan arvioiden sanattoman viestinnän luomaa kokonaisvaikutelmaa.

Tarkoitus ja tavoitteet

Tutkimuksen hypoteesina oli, että perheessä, jossa toinen vanhemmista sairastaa psykoosia on kommunikaatio poikkeavaa ja se ilmenee myös nonverbaalilla tasolla. Oletimme, että kokonaisvaikutelma perheen nonverbaalista kommunikaatiosta jää tutkimusperheissä oudoksi: jäykäksi, varautuneeksi ja epäjohdonmukaiseksi.

Tutkimuksen tarkoitus on toimia keskustelun herättäjänä ja pohjana jatkotutkimuksille. Jos hypoteesi osoittautuu oikeaksi, on aihetta pohtia, miten tietoa voisi hyödyntää kliinisessä työssä potilaiden ja heidän perheidensä parhaaksi.

Työ tarjoaa myös ennaltaehkäisevää näkökulmaa. Yhden perheenjäsenen psyykkinen sairaus vaikuttaa koko perheeseen (Viitala 2007). Edelleen yhden perheenjäsenen poikkeava vuorovaikutus muokkaa koko perheen kommunikaatiota (Hops, Biglan, Sherman, Arthur, Friedman & Osteen 1987). Koska nonverbaalin kommunikaation vastaanotto, tulkinta ja käyttö on merkittävä sosiaalisten taitojen osa-alue, voivat siinä tapahtuvat poikkeamat vaikuttaa perheessä kasvavan lapsen pärjäämiseen myöhemmin elämässä. Lisäksi ainakin skitsofreniaa sairastavien ensimmäisen asteen sukulaisilla on todettu olevan puutteita näissä taidoissa jo perinnöllisesti (Toomey ym. 1999), minkä vuoksi heidän olisi erityisen tärkeää saada kasvuympäristöstä tukea niiden kehittymiseen.

2. Tutkimusmetodi

2.1. Aineisto

Tutkimuksen aineistona on psykiatrien Elina Haapaniemi (ent. Koivisto) ja Päivi Kiviniemi vielä julkaisematonta psykoosiperheiden tutkimusta varten kuvaamat videonauhat. Videoihin on kuvattu perhetilanteita 15 tutkimusperheestä, joissa toinen vanhemmista sairasti psykoosisairautta (skitsofrenia, kaksisuuntainen mielialahäiriö, depressio; tutkimushetkellä eivät pääsääntöisesti olleet psykoottisia) sekä vastaavia tilanteita 15 verrokkiperheestä, joiden jäsenet olivat fyysisesti ja psyykkisesti terveitä. Perhetilanteet on kuvattu yhtä tutkimus- ja yhtä verrokkiperhettä lukuun

ottamatta perheen kotona. Videot tutkimusperheistä on kuvattu vuosina 1998–2000 ja verrokeista vuosina 2000–2006. Perheet asuivat aineiston keräyshetkellä Tampereella tai sen lähikunnissa.

Psykoosipotilaista osa oli sairaala- ja osa avohoidossa. Osallistumisesta kieltäytyminen oli runsasta, joten tutkimusperheet on valittu mukaan convenience sample -periaatteella. Verrokkit on valittu kouluterveydenhoitajien avulla siten, että heidän asuinalueensa vastasi tutkimusperheen asuinaluetta. Verrokkiperheessä tuli myös olla vähintään yksi 5–18-vuotias lapsi, joka sisarusasemasta riippumatta oli tutkimusperheen vanhimman lapsen ikäinen. Verrokkiperheiden vanhemmilla ei myöskään saanut olla todettua merkittävää fyysistä tai psyykkistä sairautta.

Tutkimusperheistä yhdessä psykoosidiagnoosi oli tuore, muissa sairaus oli diagnosoitu 1–23 vuotta aiemmin. Tutkimusryhmässä lapsia oli yhteensä 30, kussakin perheessä yhdestä kolmeen lasta. Verrokeissa lapsia yhdessä perheessä oli yhdestä neljään ja yhteensä 40.

2.2. Menetelmät

Tutkimusasetelma oli laadullinen ja kuvaileva. Tulokset perustuivat allekirjoittaneiden arvioon perheenjäsenten välisestä nonverbaalisesta kommunikaatiosta. Katsoimme videoita ilman ääntä kiinnittäen huomiomme kokonaisvaikutelmaan perheen sanattomasta viestinnästä: jääkö ulkopuoliselle ”outo olo” psykoosiperhettä seuratessa? Etukäteen tiesimme kumpaankin ryhmään kuuluvan 15 perhettä sekä sen, että muualla kuin kotona kuvatuista kahdesta perheestä toinen kuuluu tutkimusryhmään ja toinen verrokkeihin. Lisäksi aineiston kuvauksen perusteella tiedossamme oli joitakin eroavaisuuksia tutkimus- ja verrokkiperheiden välillä, kuten osin kuvausajankohta sekä ylin lapsiluku. Tutkimuksen tässä vaiheessa meillä ei ollut tietoa perheen statuksesta, käyttämämme videot oli merkitty vain satunnaisesti numeroimalla.

Arvioimamme nonverbaalin kommunikaation perusteella jaottelimme perheet tutkimus- tai verrokkiryhmään. Tämän jälkeen vertasimme keskenämme jakomme yhteneväisyyksiä ja eroja. Lopuksi tarkastelimme jaottelun onnistumista vertaamalla omia tulkintojamme tietoon tutkimus- ja verrokkiperheistä. Tarkoituksemme oli siis selvittää, voiko perheensisäisen nonverbaalin kommunikaation perusteella erottaa toisistaan perheen, jossa toinen vanhemmista sairastaa psykoosia (tutkimusperhe) ja perheen, jossa merkittävää fyysistä tai psyykkistä sairautta ei vanhemmilla ole todettu (verrokkiperhe).

Tutkimuksen arvioiva osa suoritettiin suunnitellusti ”mutu”-tuntumalla. Katsoimme videoita kuin maallikon silmin ilman erillistä perehdytystä tai aiheen tuntemusta. Aihetta koskevaan

kirjallisuuteen perehdyimme tarkemmin vasta tämän vaiheen jälkeen. Katselun aikana teimme muistiinpanoja, joissa kuvailimme arvioitavia perheitä omin sanoin. Tulkintamme perustuivat näihin kuvailuihin. Emme keskustelleet havainnoistamme tai tulkinnoistamme ennen kuin olimme itsenäisesti lukinneet vastauksemme. Vasta tämän jälkeen teimme ensin yhteenvedon tahoillamme tekemistämme päätelmistä ja tarkistimme lopulta osuvuutemme aineiston tuntevalta ohjaajaltamme.

Tutkimustyön edetessä etsimme tarkemman arvioinnin tueksi nauhoituksia katsellessa tekemistämme muistiinpanoista tilannetta, perheitä tai tunnelmaa kuvailevia sanoja sekä laskimme niiden esiintymismäärän (Taulukot 2a–c). Jotkin sanat saattoivat toistua yhtä perhettä kuvattaessa, mutta otimme ne huomioon kummankin muistiinpanoista vain kerran perhettä kohti. Näin siis sama termi saattoi toistua yhden perheen kohdalla kahdesti, jos me molemmat olimme käyttäneet sitä nauhoitetta kuvatessamme.

2.3. Grounded theory tutkimusmenetelmänä

Grounded theory (GT) -tutkimusmenetelmästä käytetään myös suomenkielisiä nimityksiä ankkuroitu teoria tai aineistolähtöinen teoria. Tämän laadullisen menetelmän tavoitteena on empiiristä aineistoa vertailemalla ja luokittelemalla saada aikaa teoriaa tai käsitteellisiä malleja aihepiiristä, josta ei ole vielä tuotettu jäsenneltyä tietoa tai josta ei ole olemassa vakiintuneita teorioita. Menetelmän kehittäjinä pidetään sosiologeja Glaser ja Strauss, jotka 1967 julkaistussa teoksessaan *The Discovery of Grounded Theory* kuvailivat menetelmän pääperiaatteet. Tämän jälkeen menetelmää on kehitetty eri tavoin painottaen, yhteisenä piirteenä on kuitenkin edelleen aineistolähtöisyys ja teorian muodostuminen sen pohjalta. Yksinkertaistaen voisi sanoa, että aineistosta tehtyjä havaintoja luokittelemalla ja vertaamalla tutkija laatii työhypoteeseja, jotka edelleen ohjaavat tutkimusta ja tarkentuvat vaihe vaiheelta. Aineiston keruu saattaa jatkua, kunnes teoria ei sen pohjalta enää tarkennu eli aineisto on saturoitunut. (Jyväskylän yliopiston verkkoaineisto, Kilku 2008.)

Koska GT:ssa pääpaino on tutkijan havainnoilla ja päätelmillä, on johdonmukaista, että tutkijan omat taustat, aiemmat tiedot ja sekä henkilökohtainen että tieteellinen ajatusmaailma vaikuttavat päätelmiin ja syntyvään teoriaan. Tämän vuoksi on pidettävä mielessä näin syntyvän tiedon subjektiivisuus sekä se, että se on aina yhteydessä kontekstiin jossa se on luotu. (Saaranen–Kauppinen & Puusniekka, 2006.)

Väljästi tulkiten tutkimuksemme voidaan katsoa perustuvan GT-menetelmään erityisesti lähestymistapamme osalta. Tutkimusta aloittaessamme perehdyimme kirjallisuuteen vain sen verran

kuin oli välttämätöntä tutkimussuunnitelman laatimiseksi. Varsinaisesta tutkimusta aloittaessamme tarkastelimme siis aineistoa varsin avoimin mielin tietämättä mihin erityisesti suuntaisimme huomiotamme. Tutkimuksen edetessä havaitsimme tiettyjen piirteiden toistuvan muita useammin tai olevan muita tarkempia indikaattoreita, tällöin huomiomme alkoi suuntautua ainakin osittain näiden hakemiseen tai havainnoimiseen aineistosta.

3. Tulokset

Yhteenveto tuloksista on esitetty taulukossa 1. Yhdessä sijoitimme 30 perheestä 24 oikeisiin ryhmiin (80%). Olimme keskenämme eri mieltä neljästä perheestä ja näissä kaikissa Oikaraisen arvio osui oikeaan. Näin Oikarainen sijoitti perheistä 28 (93%) oikeisiin ryhmiin. Keskimääräisen osuvuuden voisi siis sanoa olevan n. 87%, joskaan pienen otoksen ($n = 2$) vuoksi varsinaista tilastollista arvoa ei voida määritellä. Perheistä kaksi arvioimme molemmat väärin, toisen näistä tulkitsimme molemmat virheellisesti verrokiksi ja toisen tutkimusperheeksi.

TAULUKKO 1. Yhteenveto tuloksista

	Tutkimus	Verrokki
Arvioitu yksimielisesti tutkimusperheeksi	12	1
Arvioitu yksimielisesti verrokkiperheeksi	1	12
Arvioijat eri mieltä	2	2

Normaaliksi tulkitsemisessamme perheissä olimme kumpikin kiinnittäneet huomiota samoihin usein toistuviin piirteisiin perheen vuorovaikutuksessa. Näitä piirteitä olivat perheen sisäinen lämpö, turvallisuus ja välittäminen. Mielestämme terveissä perheissä oli myös enemmän sosiaalisia hymyjä ja katsekontaktia perheenjäsenten välillä. Toisia kuunneltiin ja toisen puhetta tuettiin elein, ilmein sekä kuvasta tulkiten ääntelyin. Perheet sijoituivat fyysisesti toisiaan lähemmäksi kuin tutkimusperheet. Ilmapiiristä huokui perheensisäinen yhteishenki, luontevuus, rentous ja läheisyys. Taulukoista 2a–c havaitaan vielä, että keskustelun siirtyminen perheenjäseneltä toiselle oli näille perheille tyypillisempää, tilanne tai yksittäiset perheenjäsenet olivat vapautuneempia ja tutkimusperheistä poiketen nauhoitteista välittyi perheenjäsenten välinen hyväksyntä.

TAULUKKO 2a. Havaintoja (keskusteleavasta) vuorovaikutuksesta. Vahvimmin tutkimusperheisiin painottuvat piirteet ovat ylimpänä

	Tutkimus	Verrokki
Vuorovaikutuksessa outoa	8	0
Vähän yhteisiä hymyjä/naurua	8	1
Ei katsekontaktia	6	1
Sulkeutuneisuus	3	0
Kontakti	5	5
Vastavuoroisuus	4	6
Aktiivinen kuuntelu	8	13
Katsekontakti	7	13
Yhteinen nauru/hymy	6	12
Vuorovaikutus (mainittu)	5	13
Puheenvuoron siirtyminen	6	16
Lisäksi verrokkiperheissä mainittu ei huomionhakuisuutta (2 kertaa), huomion kohdistaminen (2) ja johtoaseman vaihto (2). Molemmissa kerran mainittu kosketus ja huomionhakuisuus.		

Tutkimusperheissä toistuvia piirteitä olivat jäykkyys, jähmeys ja kireys. Videoiden välittämä tunnelma oli mielestämme ahdistava, vaivautunut ja välttelevä. Perheensisäinen lämpö puuttui ja yhteisiä hymyjä ja naurua oli vähän. Verrokkiperheisiin verrattuna perheenjäsenet istuivat fyysisesti etäämpänä toisistaan ja olivat passiivisempia. Passiivisuus ilmeni muun muassa eleettömyytenä ja ilmeettömyytenä. Myös katsekontaktia perheenjäsenten välillä oli mielestämme tavallista vähemmän. Usean perheen vuorovaikutusta olimme parempien sanojen puuttuessa yksinkertaisesti kuvanneet oudoksi, tai todenneet että tutkijalle jäi nauhoitteesta jännä olo. Toisaalta huomasimme useamman tutkimusperheeksi arvioimamme perheen vuorovaikutuksessa myös paljon positiivisia, ”normaaleja” piirteitä. Tämä tulee hyvin esille taulukossa 2a, jossa tutkimusperheistä tehdyt havainnot jakautuvat huomattavan tasaisesti kaikille piirteille. Taulukoissa 2b ja c tällaisina piirteinä nousevat esille esimerkiksi välittäminen ja hellyys. Arvioissamme onkin ollut kyse siitä, milloin mielestämme poikkeavia piirteitä on ollut liikaa.

TAULUKKO 2b. Havaintoja elekielestä

	Tutkimus	Verrokki
(Fyysinen) etäisyys	18	2
Ilmeettömyys	10	2
Jäykkyys	9	3
Vetäytyminen	5	0
Tilanteen levottomuus	5	0
Eleettömyys	9	5
Jähmeys	6	2
Itseä suojaava asento	4	0
Ilmeikkyyt/eleikkyyt	7	4
Rauhattomuus/levottomuus	5	2
Vakavuus/totisuus	4	1
Ei hellyyttä	3	0
Rauhallisuus/levollisuus	3	0
Arastelu/ujous	5	3
Apatia	3	1
Hellyys	6	6
Lasten rajaaminen	4	6
Avoimuus	5	8
Rentous	4	7
Varautuneisuus	2	5
Vapautuneisuus	2	10
Luontevuus/luonnollisuus	6	17
(Fyysinen) läheisyys	2	14
Lisäksi tutkimusperheissä mainittu aggressiivisuus (2), ahdistuneisuus (2), hallittuus, itsekeskeisyys, passiivisuus ja ärtymys. Molemmissa mainittu jännittyneisyys (2), kovuus ja oudon oloinen.		

TAULUKKO 2c. Abstraktimpia päätelmiä elekielestä, ”huokuvia asioita”

	Tutkimus	Verrokki
Ei lämpöä	4	0
Ulkopuolisuus	4	0
Jännä olo tutkijalle	4	1
Surua	4	1
Vaivautuneisuus	4	1
Torjuvuus	3	1
Välittäminen	5	6
Turvallisuus	2	5
Lämpö	2	5
Hyvä olo	0	3
Rakastava katse	0	3
Tasaveroisuus	1	5
Kunnioitus	0	4
Tunnelma hyvä	0	4
Hyväksyntä	0	7
Yhteenkuuluvuus/yhtenäisyys	0	7
Lisäksi tutkimusperheissä on mainittu ahdistava olo (2), ei vapaa ilmapiiri (2), noloisuus (2), erimielisyys/konflikti (2), ei tasavertaisuutta, kitka, kulissimaisuus, poikkeava huolenpito ja sietäminen. Verrokkiperheissä on mainittu tasapainoinen/hyvä parisuhde (2), terve (2), ei välttelyä, harmonisuus, ihana perhe, kotoisuus, luottavaisuus, positiivinen ilmapiiri, tasapainoisuus ja välittömyys. Molemmissa ryhmissä olemme kahdesti maininneet ”pysähtynyt/raskas tunnelma”.		

Kaikista nonverbaalin vuorovaikutuksen piirteistä emme missään perheessä olleet täysin eri mieltä. Kuitenkin neljän perheen kohdalla tuloksemme olivat keskenään ristiriitaiset. Kaksi perheistä Sivula sijoitti virheellisesti tutkimusryhmään ja kaksi verrokkeihin. Oikarainen osui näissä oikeaan. Kaikkien näiden perheiden vuorovaikutuksesta löysimme molemmat sekä positiivista että negatiivista. Kuitenkin tulkintamme kokonaisuudesta poikkesivat toisistaan. Kiinnitimme huomiota eri asioihin ja toisaalta tulkitsimme näkemäämme eri tavoin. Esimerkiksi yhdessä perheessä olimme molemmat kiinnittäneet huomiota lasten ilmeiden vakavuuteen. Sivula tulkitsi tämän niin, että lapsilla on paha olla. Oikarainen puolestaan ajatteli, että perheessä on totuttu puhumaan vaikeistakin asioista ja tulkitsi ilmapiirin välittäväksi ja lämpimäksi.

Tutkimuksemme keskittyi lapsiperheisiin. Huomasimme, että lasten temperamentti ja vireystila vaikuttivat selkeästi vanhemman ja lapsen vuorovaikutuksen toteutumiseen. Lasten osallistuminen,

muu puuhakkuus tai selkeä huomionhakuisuus vaihtelivat suuresti eri perheissä. Vaikutusta lieenee myös sillä, mikä on aikuisten ajatus tilanteen virallisuudesta: saako vitsailla tai leikkiä lasten kanssa vai keskitytäänkö asiaan eikä komenneta lapsia. Myös lasten rajaamisessa oli perheiden välillä eroja, katsoessamme jonkin verran yllätyimme siitä kuinka häiritsevääkin käytöstä vanhemmat tuntuivat sietävän. Paikoin lasten aktiivisuus vaikeutti jopa nauhoitteen katselua. Osassa perheistä taas yksi tai useampi lapsi vaikutti ikäänsä nähden poikkeavan kypsältä. Lapsi tuntui ottavan ikään kuin vanhemman roolin.

Väärin luokitellut perheet

Katsoimme vielä yhdessä kokonaan kaksi nauhoitetta jotka olimme molemmat arvioineet väärin (perheet 7 ja 15). Verrokiksi päättellemämme perhe 7 oli tutkimusperhe, jossa oli kolme lasta (iät n. 7, 12 ja 16). Nauha oli kuvattu kotona: taustalla näkyi viherkasveja, osaa kirjahyllystä ja kerrossängystä. Perhe asettui kuvaan niin, että vasemmalta alkaen istui äiti erillisellä tuolilla, isä hiukan muiden edessä matalammalla jakkaralla ja lapset taustalla sohvalla nuorin osin isän takana ja vanhin oikealla kuvan laidassa.

Alkuun perheen puuhastellessa ja asettuessa paikalleen tunnelma oli luonteva, havaitsimme lämpöä ja levollisuutta perheenjäsenten välillä. Nauhoitteen jatkuessa tunnelma muuttui kuitenkin pysähtyneemmäksi. Ensin ajattelimme tämän johtuvan siitä, että perheenjäsenet keskittyivät kuuntelemaan haastattelijan ohjeita, mutta katselun edetessä tilanne ei kuitenkaan vapautunut niin kuin useimmissa perheissä.

Videota katsellessa huomio kiinnittyi eniten perheen kahteen nuorimpaan lapseen vanhempien ja esikoisien kustannuksella. Nämä lapset olivat perheenjäsenistä eloisimpia ja koimme heidän välillään olevan aitoa vuorovaikutusta ja välittämistä, joka näkyi esimerkiksi hellinä hymyinä ja kosketuksina. Muiden perheenjäsenten välillä vuorovaikutusta oli vähemmän ja he olivat liikkumattomampia; äiti ja esikoinen vaikuttivat jopa poikkeavan ilmeettömiltä. Isä oli puhuessaan eloisampi, mutta vuorovaikutuksessa lähinnä haastattelijan kanssa. Nauhoitteessa muutaman kerran koko perhe nauroi yhdessä. Perheenjäsenet kääntyivät tällöin toisiaan kohti ja katsojalle tuli tunne perheen yhteenkuuluvuudesta. Nämä tilanteet menivät kuitenkin nopeasti ohi ja palattiin asiallisuuteen, joka ohimenevän lämmön jälkeen tuntui erityisen jähmeältä.

Perheen yhdessäolossa oli vierauden tuntua. Lapset käyttäytyivät hyvin kuin kylävierailulla ja vanhemmat kohtasivat toisensa kuin työkaverit. Leikkisyyttä tai lämpöä ei näkynyt vanhempien kesken eikä vanhempien ja lasten välillä. Välillä vanhemmat katsoivat lasten suuntaan, mutta

välittäminen ja kohtaamisen tuntu puuttui katseista. ”Meidän lapset” tai ”meidän perhe” -tunnelmaa ei välittynyt, ja vanhempien väliltä puuttuu pariskunnille ominainen ykseys.

Perheen tytär, keskimäinen lapsi, tuntui pitävän koko perhettä koossa. Hän onnistui sanomaan asioita joille koko perhe naurahti. Kiinnitimme myös huomiota siihen, että tyttö oli perheestä ainoa joka huomioi pikkuveljeä. Toisaalta tytön itkiessä vain pikkuveli yritti lohduttaa häntä. Muu perhe jätti tytön rauhaan, eikä siinä kohdin ottanut häneen ollenkaan kontaktia. Videota katsellessa tunnelma tuntui monin paikoin täysin pysähtyneeltä. Vain kahden nuoremman lapsen välinen vuorovaikutus vei tarinaa eteenpäin.

Perheen 15 olimme tulkinneet virheellisesti tutkimusperheeksi. Vanhemmat olivat iäkkäitä ja heillä oli noin 9-vuotias tytär ja noin 12-vuotias poika. Perhe oli kuvattu laitosympäristössä, taustalla näkyvät valkoiset seinät, johtokotelo ja fläppitaulu. Perhe oli asettunut kahdelle sohvalle niin, että lähimpänä kameraa oli poika isän kainalossa, vielä samalla sohvalla äiti ja äidin lähellä toisella sohvalla perheen tytär.

Huomio kiinnittyi eniten poikaan, jonka olemuksessa oli ristiriitaisia piirteitä. Pukeutumisen ja käytöksen perusteella hänestä tuli pikkuvanha vaikutelma. Toisaalta paikka isän lähellä ei tuntunut iänmukaiselta, etenkin kun nuorempi sisko istui itsekseen. Poika osin kaihtoi isän kosketusta, toisaalta hän pysyi paikallaan ja välillä vähän nojasi isään. Asento oli kyyry, etukumara ja katse suuntautui pääosin pois perheestä. Välillä näytti kuin poika olisi uppoutunut omiin ajatuksiinsa, hän kurtisteli kulmiaan, kaiveli kynnenalusiaan tai katse vaelteli ympäri huonetta. Poika oli totisen tai miettiväisen oloinen, pohdiskeleva. Pojan perheestä pois suuntautuvan katseen voi tulkita niinkin, että hän asiaankuuluvasti katsoi kohti haastattelijaa.

Perheen isä vaikutti alkuun jähmeältä ja ilmeettömältä, hänen istuma-asentonsa oli takakeno ja melko muuttumaton. Iäkkään miehen habitus oli elämää nähnyt, oli vatsakkuutta sekä parrassa ja hiuksissa harmaantumista. Ilmeet herkästi jäivät parran ja silmälasien taakse. Tarkempaan katsoessa ilme oli kuitenkin pääosin leppoisa, myhäilevä ja silmät tuikkivat iloisesti. Isän kontakti poikaan oli luonteva, käsivarsi oli pojan harteilla ja poika sai pari taputustakin olalle. Asetelmasta ei tullut dominoivaa oloa.

Perheen äiti ja tytär jäivät kuvassa taka-alalle, tämän vuoksi heitä tuli katsottua vähemmän. Tytär istui aloillaan, kuunteli, ajoittain osallistui keskusteluun. Äiti puhui paljon, oli puhuessaan ilmeikäs ja käytti paljon käsiään. Tämän ansiosta hän nousi ajoittain esille taka-alalta, tytär ei juuri ollenkaan. Äidin eleikkyyden rinnalla muun perheen rauhallisuus korostui ja herkästi näytti jähmeydeltä.

Pitempään katsoessa perheen yhteenkuuluvaiset piirteet nousivat esiin. Havaitsimme, että nauraessaan perhe suuntautui yhteen ja näistä yhteisistä nauruista tuli katsojalle hyvä olo. Vanhempien kommunikaatio oli yhtenäistä, he kuuntelivat toisiansa ja vuorottelivat keskustelussa. Monisanaisuudestaan huolimatta perheen äiti ei puhunut miehensä päälle.

4. Pohdintaa

Molemmilla meistä on psykiatrasta koulutusta vain sen verran, kuin lääketieteen lisensiaatin tutkinto edellyttää. Arvioidemme osuvuus oli kuitenkin erittäin hyvä. Tästä voidaan päätellä, että perheissä, joissa toinen vanhemmista on psykoottinen, kommunikaation poikkeavuudet näkyvät merkittävästi myös nonverbaalisissa viestinnässä ja jo yleislääkäri, varmaan myös maallikko, voi tämän havaita. Emme kiinnittäneet niinkään huomiota pieniin kommunikaation yksityiskohtiin, vaan arviomme perustui enemmänkin perheen sanattomasta viestinnästä saamaamme kokonaiskuvaan. Kliinikon on siis syytä luottaa havaintoihinsa, jos vastaanotolla olevan perheen vuorovaikutuksesta jää hänelle jotenkin ”outo olo”.

Tässä tutkimuksessa arvioimme nimenomaan vanhemman psykoottisuutta, mutta oletamme myös muunlaisen sairastamisen perheen sisällä näkyvän sanattomassa viestinnässä. Tähän antaa viitteitä muun muassa Montin ja Fingeretin (1987) tutkimus, jossa ryhmän ”ei-skitsofreniset psykiatriset potilaat”, johon kuului maanisdepressiivisiä, päihteiden väärinkäyttäjiä ja yleistä ahdistuneisuushäiriötä sairastavia potilaita, olivat sosiaalisesti verrokkeja taitamattomampia. Niin ikään äidin masennuksella on todettu olevan vaikutusta perheen sisäiseen nonverbaaliin tunnekkäyttämiseen. Masentuneiden äitien dysforiset tunneilmaisut vähentävät muiden perheenjäsenten aggressiivista tunnekkäyttämistä ja päinvastoin (Hops ym. 1987). Ylipäänsä jokin vaikea ratkaisematon asia perheessä heijastunee myös perheensisäiseen kommunikaatioon.

Muistiinpanojemme tarkemmasta analyysistä (taulukot 2a–c) havaitsee, että monet positiivisiksi mielletyt piirteet löytyvät yllättävän usein tutkimusperheistä. Aluksi oletimme selitykseksi sitä, että olemme kirjanneet tutkimusperheistä enemmän havaintoja. Tästä ei kuitenkaan ole kyse, sillä yhteensä kirjattuja havaintoja oli tutkimusperheistä 255, kun taas verrokeista 257 eli näissä ei juuri ollut eroa. Mahdollisesti ilmiötä selittää se, että muiden perheenjäsenten välinen nonverbaali viestintä on normaalia tai potilaan puutteita kompensoiden jopa positiivisempaa kuin normaalina pidetty. Toisaalta sairaassakaan perheissä nonverbaali viestintä harvoin on täysin negatiivista ja jossakin katselun vaiheessa myös positiivisia piirteitä on tullut esiin. Osittain löydöksiä voi selittää

myös se, että tutkimusperheitä katsoimme ja kirjasimme niistä tehtyjä havaintoja tarkemmin selvittääksemme mistä outo olo syntyy. Osan verrokkiperheistä taas pystyimme jo hyvin lyhyen katselun jälkeen sijoittamaan oikeaan ryhmään. Tällöin saatoimme kirjata esimerkiksi ”ihana perhe” analysoimatta sen tarkemmin mistä viestinnän piirteistä tämä käsitys muodostui.

Taulukoista 2a–c on tunnistettavissa tekijöitä, jotka selkeästi erottavat tutkimus- ja verrokkiperheitä. Näitä ovat fyysinen etäisyys tai läheisyys, yhteiset hymyt ja naurut tai niiden puute. Istumapaikan valinnasta ovat kirjoittaneet Blinnikka ja Seitamaa (1989), jotka havaitsivat, että mitä enemmän ongelmia perheen ihmissuhteissa oli, sitä kauempana toisistaan vanhemmat istuivat. Lisäksi perheen isä asettui sitä lähemmäksi ovea, mitä vähemmän valtaa hänellä oli perheessä. Vallan jakautumisen tasaisuus näkyi vanhempien istumisena vierekkäin. (Blinnikka & Seitamaa 1989.) Toisen vanhemman sairaus voi johtaa vallan epätasaiseen jakautumiseen perheessä ja sen seurauksena näkyä fyysisenä etäisyytenä. Sairaus voi myös heikentää parisuhteen laatua ja erityisesti psykoosin kroonistuessa väsyminen suhteessa on yleistä (Ala-Lipasti 2004), mikä todennäköisesti näkyy myös puolisoitten välimatkana.

Kirjallisuudesta ei juuri löydy mainintoja huumorista psykoosiperheissä. Huumorin taitava käyttö vaatii kuitenkin kehittyneitä mielen teorian taitoja ja skitsofreniaa sairastavilla onkin toistuvasti todettu olevan vaikeuksia huumorin tunnistamisessa (mm. Bozikas, Kosmidis, Giannakou, Anezoulaki, Petrikis, Fokas & Karavatos 2007, Tsoi, Lee, Gee, Holden, Parks & Woodruff 2008, Polimeni, Campbell, Gill, Sawatzky & Reiss 2010). Huumori on myös tärkeä osa sosiaalista kanssakäymistä ja sen läsnäolo ja laatu vaikuttavat merkittävästi perheen ilmapiiriin, konfliktien ratkaisukykyyn ja yhtenäisyyteen (Eckstein, Junkins & McBrien 2003, DiDomenico 2012). On siis mahdollista, että vanhemman psykoosisairaus vaikuttaa koko perheen huumori-ilmapiiriin sekä suoraan että välillisesti myös lapsille periytyneiden sosiaalisten hankaluuksien kautta. Tästä voinee päätellä, että tutkimus- ja verrokkiperheiden välillä todettu ero naurujen ja hymyjen välillä on todellinen ja merkittävä löydös. Nämä myös selittänevät ainakin osittain muita löydöksiä, kuten verrokkiperheissä yhteenkuuluvuutta, vapautuneisuutta ja hyvää tunnelmaa.

Edellisen perusteella voisi tulla kiusaus olettaa, että perheenjäsenten etäisyys toisistaan tai yhteisen hymyn tai naurun määrä voisi toimia arvioinnin apuvälineenä esimerkiksi yleislääkärin praktiikassa. Kuitenkaan vain joitakin vuorovaikutuksen positiivisia tai negatiivisia piirteitä seuraamalla ei perheen tilaa voi luotettavasti arvioida. Kyseessä on kokonaisuus, jossa yhtä aikaa vuorovaikuttavat useat eri tekijät ja näistä syntyvä kuva ei välttämättä ole tekijöidensä summa. Tämä tulee konkreettisesti esille jäljempänä, kun pohdimme, minkälaiset seikat olivat johtaneet meitä kahden perheen kohdalla harhaan.

Oikaraisen osuvuus tutkimuksessa oli huomattavasti Sivulaa parempi (93% vs. 80%). Oikarainen kiinnitti kaiken kaikkiaan enemmän huomiota vanhempien väliseen vuorovaikutukseen, Sivula taas keskittyi pitkälti vuorovaikutukseen vanhempien ja lasten välillä. Ilmenevätkö sairauden aiheuttamat poikkeavuudet herkemmin parisuhteessa kuin vanhempien suhteessa lapsiin? Sivula käytti videoiden katseluun Oikaraista enemmän aikaa (n. 25 min/video vs. n. 10 min/video). Pitkän katselun jälkeen ensivaikutelma saattaa hautautua runsaan muun informaation tulvaan. Ensivaikutelmaan luottaminen saattaisi olla tuloksellisempaa; useampi perheterapeutti on kliinisessä työssään havainnut, että perheterapiatapaamisessa ensimmäisten minuuttien aikana puhutaan siitä, mistä oikeasti on kyse (keskustelut usean perheterapeutin kanssa 2013 ja 2014).

Valitsimme videoista katseltavat kohdat tahoillamme sattumanvaraisesti. Näin arviomme perustuvat osin eri kohtiin videoista. Erityisen merkitseväksi tämän havaitsimme erään tutkimusperheen kohdalla, jonka molemmat tulkitsimme terveeksi. Tässä tapauksessa emme kumpikaan olleet katsoneet kohtausta, jossa perheen lapsi itkee ja vain pikkusisarus lohduttaa häntä vanhempien seurattessa tilannetta täysin välinpitämättöminä sivusta. Sama ilmiö toistuu myös oikeassa elämässä. Perhe voi vaikuttaa hyvinkin terveeltä, kun sitä tarkkailee vain lyhyen aikaa tilanteessa, joka pysyy perheen hallinnassa. Pitkät tapaamiset erilaisissa tilanteissa antanevat luotettavamman kuvan perheen dynamiikasta ja toiminnasta.

Perheissä, jotka tulkitsimme sairaiksi, oli Oikarainen useammin mieltämässä äitiä psykoottiseksi. Sivulan mielestä taas isä oli äitiä useammin sairas. Tämä on hyvä muistutus siitä, että tutkimuksemme perustuu täysin subjektiivisiin tulkintoihimme normaaliuden rajoista. Nämä rajat ovat varsin laajat, eikä niitä voi yksiselitteisesti määrittää. Tulkintaamme vaikuttavat olennaisesti omat kokemuksemme äidin ja isän rooleista ja vuorovaikutuksesta, oma kulttuurimme ja asenteemme. Vaikka osassa perheistä pidimme keskenämme eri henkilöä sairaana, olimme silti molemmat sijoittaneet nämä perheet tutkimusryhmään kuuluviksi. Tämän pohjalta voi päätellä, että riippumatta siitä kuka perheessä on sairas, sairaus näkyy perheessä ja vaikuttaa sen vuorovaikutukseen kokonaisuudessaan.

Kulttuuristen ominaisuuksien merkitystä jouduimme myös pohtimaan ilmeettömyyttä arvioidessa. Björn ja Kyttälä totesivat suomalaisten teini-ikäisten ja heidän vanhempiansa kommunikaatiota tutkiessaan roolistereotyyppien pätevän nykyperheissäkin. Äidit muokkaavat perheiden kommunikaatiota voimakkaimmin kun taas isien rooli vuorovaikutuksessa on pienempi. (Björn & Kyttälä 2013.) Toisen stereotypian mukaan suomalainen mies on asiallinen, hän ei näytä asioita kasvoillaan vaan ilmaisee asiansa ennemmin sanoin kuin ilmein. Jossain määrin tämäkin pitänee

paikkansa, sillä miesten ilmeettömyyttä tuntui olevan nauhoitteista vaikea arvioida, naisilla taas poikkeava ilmeettömyys erottui miehiä selvemmin.

Tutkimuksemme kohdistui lapsiperheisiin. Osassa perheistä yksi tai useampi lapsi tuntui kantavan vastuuta ikäänsä nähden poikkeuksellisella tavalla ottaen vanhemman roolia tai muuten säädellen vuorovaikutusta. Perheissä, joissa lapset olivat sovittelevia, tunnelma oli rauhanomaisempi myös vanhempien kesken. Vastaavaa havaitsivat myös Schermerhorn, Chow ja Cummings (2010), jotka havaitsivat lapsen käytöksen vaikuttavan vanhempien välisiin konfliktitilanteisiin. Myös negatiivisella käyttäytymisellä havaittiin olevan vaikutusta ja kirjoittajat arvelivatkin sen olevan tarkoituksellista ja lapsen säätelemättömällä käytöksellä näin harhauttavan vanhempiaan ulos konfliktista (Schermerhorn ym. 2010). Mahdollisesti myös nauhoitteiden perheissä lasten häiritsevästä kokemuksesta käytös oli asianmukainen reaktio perheessä vallitseviin jännitteisiin.

Tutkimuksemme suurin virhelähde oli sen subjektiivisuus. Vastaavaa tutkimusta on kuitenkin hyvin vaikea muulla tavoin toteuttaa. Etukäteen tiesimme, että molempiin ryhmiin kuului 15 perhettä. Tämä vaikutti tulkintaamme perheistä siten, että molemmat sijoittivat tutkimus- ja verrokkiryhmään oikean määrän perheitä. Jos tämä ennakkotieto lukumäärästä ei olisi ollut tiedossa, olisivat arviomme olleet erilaisia. Toinen meistä totesi ensimmäisen katsomiskerran jälkeen luokitelleensa varmoiksi tutkimusperheiksi 12 perhettä ja verrokeiksi 14. Jäljelle jäi 4 perhettä, jotka vaikuttivat monilta osin normaaleilta, mutta joissa jotain poikkeavaa kuitenkin löytyi. Ilman tietoa ryhmien koosta nämä kaikki olisivat todennäköisesti päätyneet verrokkiryhmään.

Tuloksiin vaikutti myös tutkimusasetelma eli se, että mahdollisia ryhmiä oli vain kaksi. Kun oletus perheen kuulumisesta tutkimus- tai verrokkiryhmään oli syntynyt, muokkasi se havaintojamme ja niiden tulkintaa, esimerkiksi samantyyppistä käytöstä saatoimme tutkimusperheessä pitää estyneenä ja verrokkiperheessä taas varautuneena. Edelleen useita piirteitä oli mahdollista tulkita joko omaa päätelmää tukevaksi tai ohittaa vähemmän merkityksellisinä. Tämän havaitsimme myös niissä kahdessa perheessä, jotka olimme molemmat luokitelleet väärin. Kummankin kohdalla sekä varhain syntynyt käsitys perheen tilasta että myöhemmin tieto oikeasta muokkasivat katsomistamme. Murrosikäisen pojan passiivisuus perheessä 7 saattoi olla ikään kuuluvaa tai masentuneisuuteen viittaavaa, samassa perheessä isän vähäinen kontakti muihin voi johtua istumapaikasta muiden edessä. Vasta pidempään seuratessa havaitaan molempien käytöksen pysyvyys ja se, kuinka poikkeavalta se tässä tilanteessa vaikuttaa. Perheessä 15 vastaavasti voi isän kommenttia seuraavan hymähtelyn ja silmien pyörittelyn tulkita sekä vähätteleväksi että reaktioksi usein kuultuun puujalkavitsiin. Tosielämässä tieto puheen sanallisesta sisällöstä helpottaa tulkintaa.

Tiesimme, että tutkimusperheitä oli kuvattu vuosina 1998–2000 ja verrokkiperheitä vuosina 2000–2006. Perheenjäsenten vaatetus ja hiusmuoti saattoivat vaikuttaa tuloksiimme. Etukäteen tiedossamme oli myös, että kussakin tutkimusperheessä lapsia oli enimmillään kolme, kun verrokkiperheessä suurin lapsiluku oli neljä. Näin saatoimme sijoittaa tutkimuksessa mukana olleet neljä nelilapsista perhettä suoraan oikeaan ryhmään, toisaalta totesimme, että nämä perheet olisimme vuorovaikutuksenkin perusteella tulkinneet verrokeiksi. Lisäksi yhdessä videossa Oikarainen huomasi vuosiluvun 1999. Sivula ei huomannut vuosilukua, mutta tämän perheen tulkitsimme kuitenkin molemmat oikein tutkimusryhmään kuuluvaksi. Joissakin videoissa taas kuvanlaatu eli joko matala resoluutio tai kuvauspaikan valaistus vaikeuttivat hienovaraisten vihjeiden kuten katsesuuntien seuraamista ja näissä jouduimme tekemään päätelmiä näkyvämpien eleiden ja asentojen perusteella.

Tutkimuksen aikainen itsetutkiskelu toi esiin sen, että koimme vaikeaksi perheen ”tuomitsemisen” tutkimusryhmään. Perheenjäsenen toiminnan arvioiminen poikkeavaksi tuntui siltä kuin olisi rasittanut perhettä sairauden leimalla. Huomasimme selittävämmä kommunikaation poikkeavuutta perheenjäsenen ujoudella, kuvaustilanteen luonnottomuudella tai perheen muulla ongelmalla, esimerkiksi vanhempien välisellä vuorovaikutuksen häiriöllä silloin kun perheen muu kommunikaatio vaikutti normaalilta. Tutkimuksen edetessä käsityksemme normaalin ja epänormaalin jatkumosta hahmottui selkeämmäksi ja havaitsimme saavamme paremmin kiinni epämääräisen outouden tunteen aiheuttajasta.

Myös vastaanottoa pitävä lääkäri voi työssään kohdata vastaavia tunteita: myötätunto potilasta kohtaan saattaa vaikeuttaa potilaan objektiivista arviointia ja viivästyttää työdiagnoosin tekoa. Yleislääkärillä on kuitenkin usein puolellaan monipuolinen potilasmateriaali, joka tarjoaa mahdollisuuden havainnoida normaalivariaation laajuutta. Tällöin myös epänormaalin sanattoman kommunikaation tunnistaminen oletettavasti on helpompaa, joskin se edellyttää lääkäriltä orientoitumista perheen hoitamiseen. Potilaan sosiaalisella ympäristöllä on vaikutusta sairastamiseen ja sairauden kokemiseen. Tämän ymmärtäminen, hyväksyminen ja tarpeen tullen hyväksi käyttäminen voi edistää potilaan sitoutumista hoitoon ja parantaa hoitovasteita. Halutun tavoitteen saavuttaminen voi edellyttää koko perheeseen kohdistuvaa interventiota. Yleislääkärin työssä erityisesti psykiatristen tai somatisoivien potilaiden hoidossa perhekeskeisestä lähestymistavasta on apua, mutta myös kansansairauksien hoitotulosten on todettu paranevan. (Heikkilä, Kalliokoski & Larivaara 2000, Larivaara 2000, Taanila & Larivaara 2000.)

Väärin luokitellut perheet

Katsoimme nauhoitteista 7 ja 15 alun perin vain osia. Näin molemmissa perheissä ensivaikutelma korostui ja hitaammin esiin tullut perheen ilmapiiri jäi havaitsematta. Myös pikakelauksella katsoessa herkemmin tarttuu kohtiin, jotka tätä ensivaikutelmaa tukevat. Toisaalta katseluun saattoi valikoitua tällaisia hetkiä myös sattumalta.

Molemmissa nauhoitteissa kuvan tausta vaikutti arvioon. Perhettä 15 oli kuvattu laitosympäristössä, mikä johdatti heti ajatuksia tutkimusperheen suuntaan. On myös mahdollista, että ympäristö itsessään vaikutti perheen olemiseen, eivätkä ainakaan lapset olleet niin luontevia kuin olisivat kotioiloissa saattaneet olla. Perheen 7 taustalla olevat huonekalut ja erityisesti viherkasvit taas saivat kodin vaikuttamaan meistä tutulta, rehevältä ja kodikkaalta. Tutunoloisuutta oli myös perheenjäsenissä, joiden olemusta tunnistimme omista lapsuudenperheistämme. Perheessä 15 vanhempien korkea ikä ja lasten olemus tuntuivat vierailta ja yhdistyivät mielissämme epänormaaliuteen.

Havaitsimme, että kummassakin nauhoitteessa katse pyrki ohjautumaan tiettyyn osaan kuvaa: Perheessä 7 valo osui parhaiten taustalla oleviin lapsiin ja erityisesti nuorimpiin sisaruksiin, joiden puuhastelu myös veti katsetta puoleensa. Perheessä 15 taas perheen poika ja isä olivat kuvan etualalla ja varastivat suuren osan huomiosta. Pohdimme, että olemme tottuneet kuvallisessa tarinankerronnassa siihen, että kuvan tärkeitä elementtejä korostetaan esimerkiksi sijoittelulla tai valon suuntaamisella. Ainakin näissä kahdessa perheessä päätyivät kuvausteknisistä syistä huomion keskipisteiksi sattumanvaraiset perheenjäsenet. Havainnointimme painottui näin yhteen kuvan osaan ja kokonaisuuden arviointi jäi vähemmälle. Vähemmälle huomiolle jääneellä osuudella olisi näissä perheissä kuitenkin ollut tärkeä merkitys.

Katsoimme nauhoitteet numerojärjestyksessä asiaa kummemmin pohtimatta. Havaitsimme kuitenkin katselujärjestyksen vaikuttavan siten, että kun olimme ensin pitkään katsoneet perhettä 7, tulivat sen jälkeen perheen 15 yhteenkuuluvuudesta kertovat piirteet korostetusti esille. Täten myös toisiaan seuraavat katselu- ja muut kokemukset ovat muokanneet havaintojamme ja niiden tulkintaa.

Pohdimme myös oman elämäntilanteen vaikutusta arvioihimme. Edellisen katselukertansa jälkeen Sivula oli sekä mennyt naimisiin että saanut lapsen ja hän huomasi miettivänsä enemmän, miltä oma perhe näyttäisi samassa tilanteessa.

5. Yhteenveto

Tutkimuksemme päätarkoitus oli selvittää, voiko ilman erityistä harjaantumista nonverbaalia vuorovaikutusta tarkkailemalla tunnistaa lapsiperheet, joissa vanhemmalla on psykoosisairaus (tutkimusperheet) ja erottaa ne perheistä, joissa sairautta ei ole todettu (verrokkiperheet).

Toimimme itse tutkimuksen koehenkilöinä ja totesimme, että osuimme oikeaan tarkkuudella, josta itsekkin yllätyimme: keskimäärin lähes yhdeksän kymmenestä perheestä luokittelimme oikein tutkimus- tai verrokkiperheeksi. Tutkimusperheitä vahvimmin määritteleviä piirteitä olivat perheenjäsenten sijoittuminen fyysisesti etäälle toisistaan, yhteisten naurujen ja hymyjen vähyys sekä katsekontaktin puuttuminen perheenjäsenten väliltä. Vuorovaikutuksesta jäi ”outo olo”. Verrokkiperheissä perheenjäseneet sijoittuvat fyysisesti lähelle toisiaan ja vuorovaikutuksesta välittyi hyväksyntä sekä yhteenkuuluvuus. Tutkijalle jäi nauhoitteiden katselusta hyvä mieli.

Tutkimuksemme perusteella vuorovaikutuksen poikkeavuus tutkimusperheissä oli selkeästi havaittavissa pelkkiä nonverbaaleja vihjeitä arvioimalla. Voinemme siis päätellä, että perheiden vuorovaikutus kokonaisuutenakin eroaa siitä, mitä pidetään normaalina. Tämä vaikuttaa paitsi potilaan, myös muun perheen hyvinvointiin. Sekä perimän että kasvu ympäristön on todettu muokkaavan lasten sosiaalisia taitoja ja muun muassa mielen teorian kehittymistä. Tämän vuoksi olisi erityisen tärkeää, että psykoosisairautta sairastavien vanhempien lapset saisivat kokemuksia toimivasta vuorovaikutuksesta ja koko perhettä tuettaisiin tässä. Näin voisi olla mahdollista ehkäistä ongelmien siirtyminen seuraavalle sukupolvelle.

Löydöksemme korostaa koko perheen arvioimisen ja hoitamisen tärkeyttä erityisesti, kun psykoottisesti sairaalla potilaalla on kotona asuvia lapsia.

Tutkimuksemme osoitti, että yleislääkärin koulutuksella voi tunnistaa poikkeavuuksia sanattomassa viestinnässä ja usein epämääräisiinkin vihjeisiin perustuva havainnointi on luotettava työväline. Tätä taitoa olisi syytä hyödyntää jokapäiväisessä työssä potilaiden parhaaksi.

Tutkimuksen melko pienestä potilasaineistosta sekä tutkimusasetelman subjektiivisuudesta johtuen paljon kysymyksiä jäi tuloksista riippumatta avoimiksi. Koska aihetta lisäksi on tutkittu varsin vähän, lisätutkimuksille olisi varmasti tarvetta. Millaisia ovat lapsiperheet, joissa vanhemmalla on psykoosi ja miten sanaton viestintä ilmentää tätä tilannetta? Entä miten psykoosin vaikutus parisuhteeseen näkyy vuorovaikutuksessa? Olisivatko perheet yhtä selkeästi erotettavissa, jos sairastavien perheenjäsene ei olisi mukana tilanteessa? Olisiko mahdollista jollakin hoitomuodolla parantaa psykoosipotilaan perheen vuorovaikutusta ja siten edistää perheen hyvinvointia? Vaikka aiemmin

totesimmekin, että yksittäisten piirteiden perusteella on psykoosipotilaan perhettä vaikea tunnistaa, voisi useampia tutkimushenkilöitä käyttämällä olla mahdollista löytää piirteet, jotka vahvimmin erottelevat tutkimus- ja verrokkiperheitä. Näiden perusteella laadittava pisteytystyökalu voisi toimia klinikon arvion tukena esimerkiksi ensitapaamisella.

6. Lähteet

Ala-Lipasti M. Kestääkö parisuhde psykoosin? Syventävä työ. Tampereen yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta. Tampere 2004.

Ankkuroitu teoria eli grounded theory. Menetelmäpolkuja humanisteille -verkkoaineisto. Humanistinen tiedekunta. Jyväskylän yliopisto.
<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/aineiston-analyysimenetelmat/ankkuroitu-teoria-eli-grounded-theory>. (Viitattu 11.04.2014)

Björn P ja Kyttälä M. Diversity in Family Structure—Diversity in Communication between Family Members? *Psychology* 2013;4,232–237. doi: 10.4236/psych.2013.43A035.

Blinnikka LM ja Seitamaa M. Spatiality of the family's inner structure: choice of seat in family therapy. *Fam Process* 1989;28:183–90.

Bozikas VP, Kosmidis MH, Giannakou M, Anezoulaki D, Petrikis P, Fokas K ja Karavatos A. Humor appreciation deficit in schizophrenia: the relevance of basic neurocognitive functioning. *J Nerv Ment Dis* 2007;195:325–31.

Bucci S, Startup M, Wynn P, Baker A ja Lewin TJ. Referential delusions of communication and interpretations of gestures. *Psychiatry Res* 2008;158:27–34.

Carr A. Origins of Family Therapy. E-kirjassa: Carr A. Family Therapy: Concepts, Process and Practice. Wiley 2012. <http://books.google.fi/books?id=93uWXHPz0zoC>

Chan RC, Li H, Cheung EF ja Gong QY. Impaired facial emotion perception in schizophrenia: a meta-analysis. *Psychiatry Res* 2010;178:381–90.

DiDomenico S. Laughing Matters: The Impact of Family Humor on Associations between Family Communication Environments and Family Satisfaction. Väitöskirja. Northwestern University. Evanston, Illinois 2012.

Drury VM, Robinson EJ ja Birchwood M. 'Theory of mind' skills during an acute episode of psychosis and following recovery. *Psychol Med* 1998;28:1101–12.

Eckstein D, Junkins E ja McBrien R. Ha, Ha, Ha: Improving Couple and Family Healthy Humor (Healthy Humor Quotient). *The Family Journal* 2003;11:301–5.

Goldenberg H & Goldenberg I. Origins and Growth of Family Therapy. E-kirjassa: Goldenberg H & Goldenberg I. Family Therapy: An Overview. Cengage Learning 2012, s.119.
<http://books.google.fi/books?id=6ccJAAAAQBAJ>

Hahlweg K, Goldstein MJ, Nuechterlein KH, ym. Expressed emotion and patient-relative interaction in families of recent onset schizophrenics. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 1989;57:11–8.

Hall JA ja Levin S. Affect and verbal-nonverbal discrepancy in schizophrenic and non-schizophrenic family communication. *British Journal of Psychiatry* 1980;137:78–92.

Harrington L, Siegert RJ ja McClure J. Theory of mind in schizophrenia: a critical review. *Cognitive Neuropsychiatry* 2005;10:249–86.

- Heikkilä T, Kalliokoski R, Larivaara P. Somatisoiva potilas – haaste yleislääkärille. *Perhelääketiede. Teemanumero/Duodecim. painos.* Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2000;116:2425–31.
- Herold R, Tenyi T, Lenard K ja Trixler M. Theory of mind deficit in people with schizophrenia during remission. *Psychol Med* 2002;32:1125–9.
- Hill D. Non-verbal behaviour in mental illness. *British Journal of Psychiatry* 1974;124:221–30.
- Hooker C ja Park S. Emotion processing and its relationship to social functioning in schizophrenia patients. *Psychiatry Res* 2002;112:41–50.
- Hooker C ja Park S. You must be looking at me: the nature of gaze perception in schizophrenia patients. *Cognitive Neuropsychiatry* 2005;10:327–45.
- Hops H, Biglan A, Sherman L, Arthur J, Friedman L ja Osteen V. Home Observations of Family Interactions of Depressed Women. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 1987;55:341–6.
- Janssen I, Krabbendam L, Jolles J ja van Os J. Alterations in theory of mind in patients with schizophrenia and non-psychotic relatives. *Acta Psychiatr Scand* 2003;108:110–7.
- Kerr N, Dunbar RI ja Bentall RP. Theory of mind deficits in bipolar affective disorder. *J Affect Disord* 2003;73:253–9.
- Kilkku N. Potilasopetus ensipsykoosipotilaan hoidossa : substantiivinen teoria luottamuksen uudelleen rakentumisesta. Tampere: Tampereen yliopisto 2008.
- Kington JM, Jones LA, Watt AA, Hopkin EJ ja Williams J. Impaired eye expression recognition in schizophrenia. *J Psychiatr Res* 2000;34:341–7.
- Larivaara P ja Huttunen MO. Perhelääketiede – uusi näkökulma lääkärin työhön. *Perhelääketiede. Teemanumero/Duodecim. painos.* Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2000;116:2399–400.
- Martin AK, Robinson G, Dzafic I, Reutens D ja Mowry B. Theory of mind and the social brain: implications for understanding the genetic basis of schizophrenia. *Genes, Brain, & Behavior* 2014;13:104–17.
- Miklowitz DJ & Tompson MC. Family Variables and Interventions in Schizophrenia. E-kirjassa: Sholevar GP, toim. *Textbook of Family and Couples Therapy: Clinical Applications.* American Psychiatric Publishing 2008, s. 587–590. http://books.google.fi/books?id=lQh0y2E_zzcC
- Monti PM ja Fingeret AL. Social perception and communication skills among schizophrenics and nonschizophrenics. *J Clin Psychol* 1987;43:197–205.
- Oveis C, Gruber J, Keltner D, Stamper JL ja Boyce WT. Smile intensity and warm touch as thin slices of child and family affective style. *Emotion* 2009;9:544–8.
- Polimeni JO, Campbell DW, Gill D, Sawatzky BL ja Reiss JP. Diminished humour perception in schizophrenia: relationship to social and cognitive functioning. *J Psychiatr Res* [verkkojulkaisu] 2010;44:434–40:May [viitattu 29.4.2014].

Saaranen–Kauppinen A ja Puusniekka A. Grounded Theory. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkajulkaisu]. 2006. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L5_2.html. (Viitattu 07.03.2014)

Schermerhorn AC, Chow S ja Cummings EM. Developmental Family Processes and Interparental Conflict: Patterns of Microlevel Influences. *Dev Psychol* 2010;46:869–85.

Sprong M, Schothorst P, Vos E, Hox J ja van Engeland H. Theory of mind in schizophrenia: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry* 2007;191:5–13.

Taanila A ja Lariivaara P. Perhekeskeisen hoidon tehokkuus tutkimusten valossa. *Duodecim* 2000;116:2401–3.

Toomey R, Seidman LJ, Lyons MJ, Faraone SV ja Tsuang MT. Poor perception of nonverbal social-emotional cues in relatives of schizophrenic patients. *Schizophr Res* 1999;40:121–30.

Tsoi DT, Lee KH, Gee KA, Holden KL, Parks RW ja Woodruff PW. Humour experience in schizophrenia: relationship with executive dysfunction and psychosocial impairment. *Psychol Med* 2008;38:801–10.

Viitala M. Psyykkinen sairaus perheessä - perheenjäsenten kokemuksia arjesta ja selviytymisestä. [Tampere]: Tampereen yliopisto 2007. s.2–6.

Wallace CJ, Nelson CJ, Liberman RP, ym. A Review and Critique of Social Skills Training With Schizophrenic Patients. *Schizophrenia Bulletin-PsycArticles* 1980;6:42–63.

Wellman HM, Cross D ja Watson J. Meta-analysis of theory-of-mind development: the truth about false belief. *Child Dev* 2001;72:655–84.

Wolf F, Brune M ja Assion HJ. Theory of mind and neurocognitive functioning in patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2010;12:657–66.

Woo SM, Goldstein MJ ja Nuechterlein KH. Relatives' expressed emotion and non-verbal signs of subclinical psychopathology in schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry* 1997;170:58–61.

Yagmurlu B, Berument SK ja Celimli S. The role of institution and home contexts in theory of mind development. *Journal of Applied Developmental Psychology* 2005;26:521–37.